

## UMOWA OS.8010. 3. .... 2020

zawarta w dniu ..... 2020 r. w Nowej Soli pomiędzy:  
Powiatem Nowosolskim z siedzibą w Nowej Soli, ul. Moniuszki 3, reprezentowanym przez Zarząd Powiatu w imieniu którego działają:

1. Starosta Nowosolski - Iwona Brzozowska
2. Członek Zarządu - Sylwia Wojtasik

przy kontrasygnacie Skarbnika Powiatu - Ewy Matyła  
zwanym w dalszej części umowy „Organizatorem Programu”,

a

.....  
wpisanym do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego pod numerem: ....., NIP: ....., REGON: .....  
reprezentowanym przez :

.....  
zwanym dalej "Realizatorem Programu"

w wyniku rozstrzygniętego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej na 2020 rok pod nazwą „**Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zachorowań na gripę dla mieszkańców z terenu powiatu nowosolskiego w wieku 65 lat i powyżej na lata 2020-2021**”, przeprowadzonego na podstawie art. 48b ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.) została zawarta umowa o następującej treści:

## §1

1. Organizator Programu zleca a Realizator Programu przyjmuje do realizacji w 2020 roku „**Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zachorowań na gripę dla mieszkańców z terenu powiatu nowosolskiego w wieku 65 lat i powyżej na lata 2020-2021**” zgodnie z treścią ogłoszenia konkursu ofert.
2. Realizator Programu zobowiązuje się do:
  - 1) przeprowadzenia kampanii informacyjnej o realizowanym Programie,
  - 2) rekrutacji osób do Programu – na podstawie kolejności zgłoszeń do podmiotu leczniczego będącego Realizatorem Programu,
  - 3) uzyskania pisemnej zgody na udział w Programie wraz z pisemnym oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby realizacji Programu wg załącznika nr 1 do projektu umowy,
  - 4) przeprowadzenia badania lekarskiego kwalifikującego uczestników do Programu w celu wykluczenia przeciwwskazań do podania szczepionki,
  - 5) prowadzenia rejestru uczestników Programu,

- 6) zakupu czterowalentnej szczepionki przeciw grypie, zarejestrowanej i dopuszczonej do obrotu w Polsce na dany sezon, zgodnie z zaleceniami WHO,
- 7) wykonania cyklu profilaktycznych szczepień ochronnych przeciwko grypie,
- 8) utylizacji zużytych materiałów i sprzętu medycznego,
- 9) dokonania wpisu o szczepieniu do właściwej dokumentacji medycznej,
- 10) przeprowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie grypy i jej profilaktyki,
- 11) przeprowadzenia ankiety satysfakcji z udziału w programie wśród wszystkich uczestników (wzór ankiety stanowi załącznik nr 4 do projektu umowy) i przekazanie ich do Organizatora Programu w terminie do 30 kwietnia 2021 r.
- 12) prowadzenia rejestru świadczeń wykonywanych w ramach programu zdrowotnego,
- 13) przeprowadzenie wywiadu telefonicznego z beneficjentami Programu w okresie jednego miesiąca od zakończenia sezonu grypowego tj. do 30 kwietnia celem uzyskania informacji o:
  - a) wystąpieniu niepożądanych odczynów poszczepiennych,
  - b) wystąpienia grypy lub infekcji grypopochodnej,
  - c) hospitalizacji z powodu grypy i powikłań pogrypowych.
- 14) złożenia do Organizatora Programu w terminie do 30 kwietnia 2021 r. sprawozdania na formularzu sprawozdania merytoryczno-finansowego z realizacji Programu wg załącznika nr 2 do projektu umowy wraz z wykazem osób zaszczepionych wg załącznika nr 3 do projektu umowy.

## §2

Realizator Programu zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych, objętych Programem, z zachowaniem należytej staranności zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki lekarskiej i pielęgniarskiej.

## §3

1. Realizator Programu oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody, które mogą wystąpić w związku z wykonywaniem przedmiotu umowy.
2. Realizator Programu oświadcza, że w przypadku, gdy termin obowiązywania polisy, o której mowa w ust. 1 jest krótszy niż termin obowiązywania umowy przedłuży okres ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co najmniej do końca obowiązywania umowy.
3. Realizator Programu na wezwanie Organizatora Programu zobowiązuje się do przedstawienia do wglądu polisy, o której mowa w ust. 2. W przypadku nie udostępnienia polisy, Organizator Programu może rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia.
4. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy realizacji przedmiotu niniejszej umowy ponosi wyłącznie Realizator Programu.

## §4

1. Umowa zawarta jest na czas określony, tj. od podpisania umowy do 30 kwietnia 2021 r. przy czym:
  - 1) realizacja świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 7) i pkt 10) zakończy się do 15 grudnia 2020 r. lub do wykorzystania kwoty, o której mowa w ust. 3.

- 2) złożenie sprawozdania, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 10) nastąpi w terminie do 30 kwietnia 2021 r.
2. Z tytułu realizacji Programu objętego niniejszą umową Realizatorowi Programu przysługuje wynagrodzenie stanowiące iloczyn stawki jednostkowej w wysokości ..... zł brutto (słownie złotych: ..... ) i liczby zaszczepionych osób.
3. Łączna wartość wynagrodzenia z tytułu wykonania umowy wynosi ..... zł brutto.
4. Wynagrodzenie płatne jest w terminie 7 dni od daty otrzymania faktury przez Organizatora Programu, przy czym podstawę wystawienia faktury stanowi wykaz osób zaszczepionych wg załącznika nr 3 do umowy.
- Dane Organizatora Programu do faktury:  
Powiat Nowosolski, ul. Moniuszki 3, 67-100 Nowa Sól, NIP 925-19-72-202.
5. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku Organizatora Programu.
6. Strony zobowiązują się do wzajemnego informowania o wszelkich zmianach danych, które mogą wpływać na wystawienie i obieg faktur oraz ich księgowanie i rozliczanie dla celów podatkowych, takich jak nazwa firmy, adres, numer konta, numer NIP itp.
7. Realizator Programu nie może bez zgody Organizatora Programu zbywać ani przenosić na rzecz osób trzecich praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.
8. Integralną część umowy stanowi Ogłoszenie o konkursie oraz oferta Realizatora Programu.

## § 5

Realizator Programu zobowiązuje się do:

- 1) prowadzenia odrębnej dokumentacji medycznej oraz do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej,
- 2) poddania kontroli na każde żądanie Organizatora Programu, określonej w § 6 ust. 1
- 3) prowadzenia dokumentacji finansowo - księgowej, dotyczącej realizacji przedmiotu umowy, przechowywania jej w swojej siedzibie i udostępniana do wglądu dla Organizatora Programu na żądanie zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji zadania.
- 4) zamieszczenia w widocznym miejscu w placówce realizującej umowę informacji, że realizowany program polityki zdrowotnej jest finansowany ze środków budżetu Powiatu Nowosolskiego.

## § 6

1. Realizator Programu nie może powierzyć wykonania przedmiotu niniejszej umowy innym osobom bez zgody Organizatora Programu wyrażonej na piśmie.
2. Strony ustalają, że Organizator Programu prowadzi nadzór i kontrolę wykonania umowy w trakcie jej realizacji, jak i po jej wykonaniu. Realizator Programu zobowiązany jest do poddania się kontroli dokonywanej w miejscu wykonania umowy lub w miejscu wyznaczonym przez Zleceniodawcę, do przekazywania w formie pisemnej wszelkich informacji, sprawozdań i wyjaśnień, dotyczących realizacji zadania.
3. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządza pisemny protokół w dwóch egzemplarzach.
4. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są Organizatorowi Programu na piśmie.

5. Organizator Programu udziela Realizatorowi Programu odpowiedzi na piśmie w ciągu 14 dni od dnia złożenia wyjaśnień.

#### §7

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia Stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, tj. m.in. w przypadku braku dostępu do szczepionek lub wprowadzenia obostrzeń i poleceń administracji rządowej w związku z występującą epidemią koronawirusa, które uniemożliwią lub ograniczą możliwość realizacji programu polityki zdrowotnej.

2. Umowa może zostać przez Organizatora Programu rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia postanowień niniejszej umowy, w szczególności: nieterminowego oraz nienależytego wykonania umowy, nieuprawnionego zmniejszenia zakresu rzeczowego umowy. Skutki finansowe związane z rozwiązaniem umowy strony określają w sporządzonym protokole.

3. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy lub jej części Realizator Programu zobowiązany jest zwrócić wypłacone wynagrodzenie proporcjonalnie do niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.

#### § 8

1. Wszelkie zmiany w niniejszej umowie wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

3. Wszelkie spory mogące wynikać z realizacji umowy rozstrzygane będą polubownie. W przypadku braku porozumienia spory rozstrzygać będzie sąd miejscowo właściwy dla siedziby Organizatora Programu.

#### §9

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach - jeden dla Realizatora Programu i dwa dla Organizatora Programu wraz z poniższymi załącznikami:

1. Załącznik nr 1 – zgoda na udział w Programie
2. Załącznik nr 2 – formularz sprawozdania merytoryczno-finansowego
3. Załącznik nr 3 – wykaz osób zaszczepionych w ramach Programu
4. Załącznik nr 4 – ankieta satysfakcji uczestnika Programu

**ORGANIZATOR PROGRAMU**

**REALIZATOR PROGRAMU**

ADWOKAT  
Danusia Jurkoj

## ZGODA

1) na uczestnictwo w Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zachorowań na gripę dla mieszkańców z terenu powiatu nowosolskiego w wieku 65 lat i powyżej na lata 2020-2021

Ja ....., urodzony .....  
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

zamieszkały: .....

tel. kontaktowy .....

wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przeprowadzenie, w ramach Programu, badania kwalifikacyjnego i wykonanie szczepienia ochronnego przeciw grypie.

\*niewłaściwe skreślić

2) na kontakt telefoniczny w celu oceny efektywności szczepień

3) na przetwarzanie danych osobowych w związku z uczestnictwem w Programie

Ja, niżej podpisany(-a) oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o:

- 1) adresie siedziby urzędu, pod którym są zbierane i przetwarzane dane;
- 2) celu zbierania danych, dobrowolności lub obowiązku podania danych, a jeżeli taki obowiązek istnieje, o jego podstawie prawnej ;
- 3) prawie wglądu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania;
- 4) możliwości wniesienia żądania zaprzestania przetwarzania moich danych osobowych;
- 5) możliwości wniesienia sprzeciwu;

Ponadto:

6) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych tj. Starostwo Powiatowe w Nowej Soli, ul. Moniuszki 3, 67-100 Nowa Sól w zakresie:

– imię i nazwisko: .....

- PESEL: .....

- adres: .....

- telefon kontaktowy: .....

7) powyższe dane podaję dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą;

8) zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej (w załączeniu), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie do ich poprawiania.

.....  
(data i czytelny podpis uczestnika Programu)

## OBOWIĄZEK INFORMACYJNY:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej Rozporządzenie) informujemy, że:

**Administratorem** podanych przez Pana/Panią danych będzie Starostwo Powiatowe w Nowej Soli, ul. Moniuszki 3, 67-100 Nowa Sól, nr tel. 68 458 68 00, adres email: [poczta@powiat-nowosolski.pl](mailto:poczta@powiat-nowosolski.pl)

1. W sprawie danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, adres e-mail: [iod@powiat-nowosolski.pl](mailto:iod@powiat-nowosolski.pl)
2. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji czynności urzędowych tj.:
  - a) wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Starostwo Powiatowe w Nowej Soli - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia;
  - b) wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi w związku z realizowaniem zadań przez Starostwo Powiatowe w Nowej Soli na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia;
3. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, Państwa dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być:
  - a) podmioty upoważnione do odbioru Państwa danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;
  - b) podmioty, które przetwarzają Państwa dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt 3 celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
5. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych w każdej chwili mają Państwo prawo do:
  - a) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
  - b) sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
  - c) usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
  - d) ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
  - e) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia.
6. W przypadku, w którym przetwarzanie Państwa danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia), przysługuje Państwu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznasz, że przetwarzanie danych osobowych jest niezgodne z przepisami Rozporządzenia.
8. Podanie przez Państwa danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Starostwie Powiatowym w Nowej Soli, przy czym podanie danych jest:
  - a) obowiązkowe, jeżeli tak zostało to określone w przepisach prawa;
  - b) dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Państwa zgody lub ma na celu zawarcie umowy. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji czynności urzędowych lub niemożliwość zawarcia umowy.
9. Państwa dane nie są przez nas wykorzystywane do podejmowania decyzji opartych na zautomatyzowanym przetwarzaniu danych, a które mogłyby mieć wpływ na Państwa sytuację prawną lub wywoływać dla Państwa inne podobne doniosłe skutki.

.....  
(pieczęćka firmowa)

.....  
(miejscowość, data)

**FORMULARZ SPRAWOZDANIA MERYTORYCZNO-FINANSOWEGO**  
z realizacji Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zachorowań na gripę  
dla mieszkańców z terenu powiatu nowosolskiego w wieku 65 lat  
i powyżej na lata 2020-2021  
- dane za rok .....

**I. Informacja o Programie**

**1. Realizacja Programu:**

<b>Liczba osób, które zgłosiły chęć udziału w Programie</b>	..... osób
<b>Liczba osób, którym wykonano szczepienie</b>	..... osób
<b>Liczba osób, którym nie podano szczepionki z uwagi na:</b> 1) aspekty zdrowotne 2) wiek 3) brak szczepionek 4) inne, (np. brak zgody)	<b>ogółem osób ....., w tym:</b> 1) ..... osób 2) ..... osób 3) ..... osób 4) ..... osób
<b>Liczba beneficjentów Programu</b> 1) u których wystąpiła gripa lub infekcje grypopochodne 2) hospitalizowanych z powodu grypy i powikłań pogrypowych 3) u których wystąpiły niepożądane odczyny poszczepienne	..... osób ..... osób ..... osób

**2. Sposób przeprowadzenia kampanii informacyjnej:**

.....  
.....  
.....  
.....

**II. Rozliczenie finansowe Programu:**

<b>Koszt realizacji Programu zgodnie z zawartą umową:</b>	..... zł
- cena jednostkowa brutto .....	zł
- ilość zaszczepionych osób .....	

**III. Dodatkowe informacje:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(podpis i pieczętka Realizatora Programu)





**ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKA  
„PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PROFILAKTYKI  
ZACHOROWAŃ NA GRYPĘ DLA MIESZKAŃCÓW  
Z TERENU POWIATU NOWOSOLSKIEGO W WIEKU 65 LAT I POWYŻEJ  
NA LATA 2020-2021”**

*Szanowni Państwo*

*Zwracamy się z prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytania niniejszej ankiety. Posłuży ona do oceny realizacji Programu szczepień przeciw grypie i zebrania danych do jego rozliczenia. Badanie jest anonimowe.*

Proszę wybrać odpowiedź, zaznaczając X w wybranej kratce przy odpowiedzi.

**METRYCZKA**

Kobieta       Mężczyzna       Rok urodzenia

**1. Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o programie bezpłatnych szczepień realizowanych dla mieszkańców Powiatu Nowosolskiego**

- Informacja ze strony internetowej, tablic informacyjnych w Urzędzie Miasta/Gminy/Powiatu
- Informacja ze strony internetowej, tablic informacyjnych w przychodni
- Informacja od rodziny, znajomych
- Inne źródło, podać jakie ? .....

**2. Czy przed udziałem w Programie:**

a) szczepił(a) się Pan(i) na koszt własny przeciw grypie?

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
---

b) chorował(a) Pan(i) na grypę?

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
---

c) hospitalizowano Pana/Panią z powodu zachorowania na grypę?

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
---

**3. Jak ocenia Pan(i) jakość działań edukacyjnych i materiałów promocyjnych (plakatów, ulotek, informacja w mediach)?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Jak ocenia Pan(i) poziom badań lekarskich kwalifikujących do szczepienia?**

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie trwania programu?**

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Czy poziom Pan(i) wiedzy i świadomości na temat profilaktyki grypy, powikłań związanych z grypą i roli szczepień w profilaktyce grypy jest większy niż przed udziałem w Programie?**

<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Trudno powiedzieć
------------------------------	------------------------------	--

**7. Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z wzięcia udziału w Programie bezpłatnych szczepień przeciw grypie?**

<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
------------------------------	------------------------------

**8. Czy udział i wiedza zdobyta w ramach programu, wpłynie na Pan(i) decyzję o samodzielnym zakupie szczepionki i zaszczepieniu się przeciw grypie poza programem (na koszt własny)?**

<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Trudno powiedzieć
------------------------------	------------------------------	--

**9. Czy uważa Pan(i), że realizacja tego typu programu była potrzebna?**

<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Trudno powiedzieć
------------------------------	------------------------------	--

**10. Czy poleciliby(aby) Pan(i), innym osobom udział w Programie szczepień przeciw grypie?**

<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Trudno powiedzieć
------------------------------	------------------------------	--

**11. Dodatkowe uwagi/opinie**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.*